DISSERTATION

N° 182.

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 16 juillet 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR PRÓCORO JOZÉ DE GOUVÊA, de Madère

(Portugal).

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, Examinateur.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / .....
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutigue et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD, Suppléant. / CHOMEL, Président.
Clinique chirurgicale	BOYER. / JULES CLOQUET. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier, Examinateur.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir), Examinateur.	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné), Suppléant.
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MEU PAI E A MINHA MÂI.

Testemunho publico do meu amor filial e do meu eterno reconhecimento.

A MEUS IRMAÔS E IRMANS.

Testemunho da mais sincera amizade.

PRÓCORO JOZÉ DE GOUVÊA.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0005vari_l2f0

DISSERTATION

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

La doctrine des fièvres a été de tout temps le sujet des méditations les plus profondes des médecins, et un des champs les plus vastes que l'art de guérir leur a offerts pour exercer leur sagacité. Si on interroge les ouvrages des auteurs les plus anciens qui se sont spécialement occupés de ce genre de maladies, et ceux des modernes, il est facile de se convaincre que sur aucune partie de la pathologie, peut-être, il n'y a eu une plus grande divergence d'opinions que sur celle-ci, soit que ces auteurs aient considéré les fièvres sous le rapport de leur siége, soit qu'ils aient cherché à en connaître la nature. Et comment cela ne devait-il pas arriver? On cessera bientôt de s'en étonner, si l'on se rappelle combien les connaissances en physiologie et en anatomie pathologique laissaient à désirer à l'époque où nous nous reportons dans ce moment. Quelque bons observateurs qu'aient été les anciens praticiens des symptômes et de la marche des maladies, ils n'avaient pas pensé, ou plutôt l'expérience ne leur avait pas encore fait sentir que ce n'est pas seulement au lit du malade qu'il faut

étudier et déterminer ainsi *à priori* la nature et le siége des maladies, mais qu'il faut réunir à l'étude des lésions fonctionnelles celle des lésions organiques, pour pouvoir établir le véritable rapport qu'il y a entre les unes et les autres, et déterminer, autant que nos moyens d'investigation nous le permettent, si tel ou tel symptôme dépend de telle ou telle lésion anatomique. C'est à l'imperfection de ce moyen de recherche et de la physiologie qu'il faut attribuer le peu de fruit que nos prédécesseurs en ont retiré, et la raison pour laquelle ils ne sont pas parvenus si souvent que les modernes à employer un traitement convenable; c'est encore à cette même cause qu'il faut rapporter les erreurs graves de diagnostic dans lesquelles tombaient souvent plusieurs médecins très-recommandables d'ailleurs, qui regardaient les fièvres essentielles comme un genre de maladies des plus fréquentes. Mais à mesure qu'on s'est occupé davantage d'anatomie pathologique, on a été conduit à reconnaître que dans plusieurs cas où l'on croyait avoir à traiter une fièvre essentielle, il existait dans quelque viscère des lésions assez graves pour pouvoir rendre compte des phénomènes observés pendant la vie et de la mort qui en a été la suite.

C'est surtout le célèbre *Pinel* qui est venu jeter un jour tout nouveau sur la doctrine des fièvres. Frappé de l'inexactitude qui régnait avant lui dans le langage médical, et particulièrement sur le sujet qui nous occupe, c'est lui qui le premier a restreint la dénomination de *fièvre continue* aux maladies caractérisées par le trouble de toutes les fonctions, surtout de la circulation, et indépendantes de toute affection locale. Ayant observé qu'un certain nombre des symptômes des fièvres continues se combinaient dans quelques cas de manière à donner à ces maladies des formes diverses, il a cru devoir réunir ces symptômes en six groupes distincts, et en former autant de classes de fièvres. A la première, il a donné le nom de *fièvre inflammatoire;* à la deuxième, celui de *fièvre bilieuse;* la troisième a été appelée *fièvre muqueuse;* la quatrième, *adynamique;* la cinquième, *ataxique;* et enfin la sixième comprenait les *fièvres pestilentielles.*

Mais, malgré les services immenses que ce médecin a rendus à la

science, sa classification des *fièvres* laissait encore beaucoup à désirer, et n'était pas sans quelques inconvéniens, qui font regarder aujourd'hui généralement un grand nombre des maladies rangées dans ses différentes classes de fièvres comme des formes diverses de la même affection. En effet, on a trouvé dans un grand nombre de cas de fièvres continues, se présentant avec des symptômes simplement inflammatoires, bilieux, ou autres, les mêmes altérations anatomiques que dans celles qui ont un caractère plus grave, comme l'adynamique, par exemple; et dès-lors il faut avouer qu'il n'y a là qu'une seule et même maladie avec des symptômes qui varient suivant diverses circonstances; d'autant plus que rien n'est plus commun que de voir les symptômes de ces différentes classes se confondre de manière que ceux qui semblaient propres à l'une d'elles, se retrouvent dans l'autre: c'est pourquoi l'auteur de cette classification lui-même avouait que, dans un grand nombre de cas, la fièvre adynamique débutait avec la forme inflammatoire ou bilieuse, et que quelques-uns de ces symptômes persistaient quelquefois pendant tout le cours de la maladie. C'était dans les cas de ce genre qu'il disait qu'il y avait complication; mais il paraît bien plus conforme à la vérité d'admettre qu'une maladie qui commence et qui finit un si grand nombre de fois avec le même ensemble de phénomènes ne doit pas être considérée comme une affection double, seulement parce que quelques-uns des phénomènes qu'elle présente manquent quelquefois, et se montrent dans d'autres circonstances.

Cette maladie principale, qui donne lieu aux symptômes qui constituaient, par leur réunion en différens groupes, les diverses classes de fièvres de *Pinel*, est celle que M. *Chomel* a appelée *fièvre typhoïde*, à cause de la grande ressemblance qui existe entre elle et le typhus des camps. Cette dénomination nous paraît bien préférable à toutes celles qu'on lui a données jusqu'à présent, telles que *dothinentérite*, *exanthème intestinal*, *entérite folliculeuse*, etc., parce que, étant, dans l'état actuel de la science, dans l'impossibilité de déterminer avec une entière certitude quelle est la nature de cette ma-

ladie, nous pensons qu'il vaut bien mieux lui donner un nom qui ne préjuge rien sur sa nature, et qui néanmoins indique les phénomènes principaux qui la caractérisent; or, c'est la dénomination imposée par M. *Chomel* qui nous semble réunir toutes ces conditions.

Étiologie.

Une grande obscurité règne sur les causes de la fièvre typhoïde; c'est toujours d'après l'opinion que les divers auteurs ont conçue sur la nature de cette maladie qu'ils lui ont assigné telle ou telle cause. C'est ainsi que ceux qui ont pensé qu'elle consistait dans la putridité des liquides prétendaient que l'introduction dans l'économie de miasmes putrides, la respiration d'un air impur, une alimentation malsaine, en étaient la cause la plus commune, et ils appuyaient leur opinion de l'exemple des étudians en médecine, dont un grand nombre la contractent en arrivant à Paris, attribuant ce fait au séjour long-temps prolongé dans les amphithéâtres de dissection; mais on s'est assuré, par la suite, que c'est ordinairement à une époque où ils ne fréquentaient pas encore ces amphithéâtres qu'ils en sont atteints. En outre, combien d'autres personnes nouvellement arrivées à Paris, et qui ne fréquentent pas les endroits où l'on dissèque, ni d'autres semblables, contractent la maladie dans la même proportion qu'eux! D'autres médecins, qui faisaient consister cette affection dans une débilité et un affaissement considérable de toute l'économie, l'ont attribuée à toutes les causes capables de produire cet effet; ainsi, ils prétendaient que les hémorrhagies abondantes, les fatigues de tout genre, les chagrins, toutes les affections morales tristes, une alimentation insuffisante, étaient propres à la produire. C'est par suite de cette opinion qu'on a prétendu que les vieillards étaient plus sujets à cette maladie que les jeunes gens, confondant ainsi les symptômes adynamiques qui caractérisent les maladies des vieillards avec ceux de la fièvre typhoïde.

Par analogie, on a rangé dans le nombre de ces causes le tempé-

rament lymphatique et certaines professions ; mais aucune de ces circonstances ne paraît avoir une influence bien marquée sur le développement de la maladie ; car nous voyons tous les jours des individus de professions et de tempéramens différens, se trouvant dans des circonstances tout à fait opposées, en être atteints dans la même proportion. De toutes les conditions au milieu desquelles se développe l'affection typhoïde, il en est deux très-importantes, et qui se trouvent dans la presque totalité des cas : ce sont l'âge de l'individu et son arrivée récente dans une grande ville. Ainsi, depuis que cette maladie a commencé à être mieux connue, et que son histoire a été dégagée de celles avec lesquelles elle était confondue autrefois, on a bien reconnu qu'elle appartient à la jeunesse ; on ne possède aucun exemple de cette maladie atteignant le jeune âge jusqu'à douze ans au moins ; elle est plus commune de vingt à trente ans qu'à toute autre époque de la vie, devient moins fréquente de trente à quarante, et, passé cet âge, il est extrêmement rare de l'observer. La seconde circonstance qui paraît favoriser beaucoup le développement de la maladie typhoïde, c'est le séjour récent dans une grande ville ; on a trouvé que sur vingt individus qui contractent cette maladie, il y en avait quinze au moins qui vivaient à Paris depuis un espace de temps qui varie de quelques semaines à deux ans environ. Maintenant, comment agit-il, ce changement de lieu, pour produire le développement de la maladie en question? c'est ce qu'il serait difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer. Il est bien certain que lorsqu'un individu vient à changer de climat, il s'opère un changement total dans toutes les circonstances de sa vie, changement dans l'air qu'il respire, dans l'alimentation, dans les occupations, et surtout dans son moral, qui est quelquefois affecté au point qu'une véritable nostalgie s'empare de l'individu. Tous ces changemens sont sans doute capables de porter dans l'économie animale de profondes altérations ; mais ils sont loin d'expliquer le développement de l'affection typhoïde.

Quelques auteurs ont pensé que la contagion était la cause la plus prochaine de cette affection ; mais il règne encore une grande dissidence

entre les médecins à cet égard. L'opinion la plus généralement reçue aujourd'hui, c'est qu'elle n'est pas contagieuse, et on appuie cette manière de voir d'un grand nombre de faits qui semblent très-concluans; c'est que tous les jours on voit des malades être soignés pour cette affection par un grand nombre de personnes, sans que celles-ci en soient nullement atteintes; dans les hôpitaux, surtout, où les malades sont en contact avec un grand nombre d'élèves, avec les médecins, avec les infirmiers, et avec ceux qui couchent dans les lits voisins, ces personnes ne paraissent pas contracter cette maladie en plus grand nombre que celles qui n'ont jamais approché de ces malades. Dans les hôpitaux, il n'y a pas un lit peut-être où quelque malade atteint de la fièvre typhoïde n'ait couché, et dans lequel un plus ou moins grand nombre d'autres malades ne se soient succédé, et il est presque sans exemple qu'ils la contractent pendant leur séjour à l'hôpital.

D'un autre côté, les médecins qui soutiennent l'opinion contraire, présentent à son appui un assez grand nombre de faits, qui tendraient en quelque sorte à faire croire à la nature contagieuse de cette maladie.

Suivant M. *Bretonneau*, la nature contagieuse de cette maladie est attestée par un grand nombre de faits; il dit avoir observé dans plus d'un cas que des individus ayant eu la dothinentérite, de retour dans leur village, au sein de leur famille, l'ont transmise à quelques-uns de leurs parens. Ce fait, outre qu'il est rapporté par un homme d'une bonne foi et d'une sagacité reconnue, nous semble en effet de la plus haute importance, parce que, dans les pays peu habités, on peut parvenir plus facilement que dans les grandes villes à connaître les rapports qu'il y a entre les habitans, et suivre la manière dont les maladies se propagent.

D'autres considérations en faveur de cette opinion, et d'un assez grand poids, résultent de la comparaison de la fièvre typhoïde avec d'autres maladies dont le caractère contagieux est bien reconnu; c'est qu'il n'y a pas d'exemple bien avéré d'individu qui l'ait eue deux fois; or, on sait que ce caractère est propre aux maladies contagieuses,

telles que la variole, la scarlatine, la rougeole. Ensuite, dans toutes ces maladies, il y a vers la peau des phénomènes qui les caractérisent; et dans la fièvre typhoïde on rencontre également une éruption qui se montre dans presque tous les cas, et qui lui appartient spécialement. Enfin, comme les autres maladies contagieuses, celle-ci a une durée à peu près déterminée, tandis que les autres affections, purement inflammatoires, nerveuses ou autres, ont une durée extrêmement variable. De toutes ces considérations, il nous semble que l'on est en droit de conclure que, s'il y a des circonstances qui pourraient faire croire à la non-contagion de la maladie typhoïde, quelques faits sembleraient, d'un autre côté, prouver le contraire; mais comme ceux-ci ne sont pas en assez grand nombre, ni de nature à juger la question, il faut reconnaître dans l'état actuel de la science, que si la maladie est susceptible de se transmettre par contagion, ce n'est qu'à un très-faible degré, et que de nouveaux faits sont nécessaires pour éclaircir ce sujet.

Symptômes et marche de la maladie.

Pour mieux les exposer, on divise ordinairement la durée de la fièvre typhoïde en trois périodes. —*Première période* L'invasion de l'affection typhoïde a lieu de deux manières. Quelquefois c'est soudainement qu'elle attaque les individus, et au milieu d'une parfaite santé; d'autres fois, et c'est le plus ordinaire, elle est précédée de quelques prodromes qui annoncent presque toujours l'existence prochaine d'une maladie aiguë. Ceux-ci consistent dans des changemens qui s'opèrent, soit dans les fonctions de nutrition, soit dans celles des organes de la vie de relation. Parmi les premiers, qui portent spécialement sur l'estomac et les intestins, celui qu'on observe le plus souvent, c'est la diarrhée. Un grand nombre d'individus, nouvellement arrivés à Paris, sont atteints d'un dévoiement plus ou moins fort, et de quelques autres dérangemens du côté des voies digestives. Ces

changemens surviennent quelquefois spontanément, d'autres à la suite d'un écart de régime ou de tout autre excès. Cette diarrhée est accompagnée d'amertume et d'empâtement dans la bouche, de diminution de l'appétit, et quelquefois d'une inappétence complète; souvent dès les premiers jours les malades ont des douleurs épigastriques, des nausées, des vomissemens, soit bilieux, soit des alimens qu'ils viennent de prendre. En même temps, les malades éprouvent des frissons irréguliers, des lassitudes spontanées, une sensation de brisement dans les membres, une grande répugnance pour toute sorte d'exercice. Souvent ils sont forcés de prendre le lit dès les premiers jours, à cause de l'intensité de ces phénomènes, de la céphalalgie qui s'y ajoute, et du mouvement fébrile, qui est quelquefois très-intense, et accompagné d'une sueur plus ou moins abondante. La céphalalgie est le symptôme prédominant dans quelques cas; elle est gravative chez certains malades, pulsative chez d'autres, presque toujours continue, et assez intense pour que les malades en soient presque exclusivement occupés. Une grande chaleur succède aux frissons, et la sécheresse de la peau aux légères sueurs qui existèrent au commencement. Alors, la soif est ardente; la sensibilité du ventre, qui se montre principalement dans cette période, devient plus vive, surtout dans la région iliaque droite et hypogastrique. La diarrhée, si elle existe dès le principe, continue ou augmente d'intensité; dans un assez grand nombre de cas, il y a de la constipation pendant les cinq premiers jours, lors même que la maladie existe déjà avec quelques-uns de ses symptômes les plus caractéristiques.

Un des phénomènes les plus remarquables, qui imprime à la maladie un caractère tout particulier, et qui, réuni au mouvement fébrile et à la céphalalgie, suffit dans un grand nombre de cas pour révéler au médecin l'existence de la fièvre typhoïde, c'est une diminution notable des forces musculaires, qui se manifeste dès les premiers jours. Par suite de cette faiblesse, on observe une altération plus ou moins profonde des traits, même dans cette période; les yeux et tous les traits deviennent moins mobiles; pendant les premiers jours,

le malade change encore assez facilement de position dans son lit ; mais à mesure que la maladie marche, les mouvemens deviennent plus difficiles. Le mal de tête est permanent et intense, il offre quelquefois des redoublemens nocturnes. Si les malades viennent à se lever, ou à se tenir simplement à leur séant, ils sont étourdis, ils ont des vertiges, et voient tous les objets tourner autour d'eux, de manière que s'ils n'étaient pas soutenus, ils se laisseraient tomber avec la plus grande facilité. En même temps que les malades sont tourmentés par une céphalalgie intense, il y a chez un grand nombre d'entre eux une insomnie complète : d'autres, s'ils parviennent à s'endormir, ont des rêves très-pénibles. Le délire, qui succède à la céphalalgie, est rare dans le cours de cette période.

Du côté des organes des sens, on observe des phénomènes non moins intéressans. Dans la grande majorité des cas, il survient dès le début une épistaxis qui, chez quelques malades, est unique, mais qui le plus souvent se répète plusieurs fois, sans être suivie d'aucun soulagement. Il y a des cas, mais bien plus rares, dans lesquels l'épistaxis n'a lieu pour la première fois que dans le cours des autres périodes. L'importance de ce phénomène a été consacrée par une expérience qui remonte aux premiers âges de la médecine. Déjà *Hippocrate* avait dit que son apparition, au commencement d'une maladie aiguë, devait faire craindre que des symptômes graves ne vinssent à se manifester par la suite. Tous les praticiens conviennent aujourd'hui que dans aucune autre maladie les épistaxis ne se montrent aussi fréquemment que dans la fièvre typhoïde, ce qui devient d'un grand secours pour le diagnostic. Plusieurs malades éprouvent, dès que les premiers symptômes se manifestent, des bourdonnemens d'oreilles ; chez d'autres, ce n'est plus que tard qu'ils se montrent. La dureté de l'ouïe qui leur succède quelquefois, est très-rare dans le commencement de la maladie.

Vers la fin de cette période, la faiblesse musculaire devient plus marquée ; ordinairement les matières fécales et l'urine exhalent une odeur forte ; la chaleur est sèche et âcre. La langue, qui a été collante

dès les premiers jours, devient sèche; le malade éprouve une sensation de sécheresse au fond de la gorge, d'où il résulte une soif vive. A cette même époque, le ventre commence à présenter déjà une légère augmentation dans son volume, provenant des gaz qui s'accumulent dans les intestins.

Deuxième période. Celle-ci commence vers le huitième jour, et est caractérisée par des phénomènes d'une importance d'autant plus grande qu'ils ne manquent presque jamais, et qu'ils constituent, par cela même, quelques-uns des symptômes les plus caractéristiques de l'affection. Parmi les principaux, il faut placer une éruption qui a lieu ordinairement vers le commencement de cette période, du huitième au dixième jour. Elle consiste dans de petites taches rosées, peu ou point élevées au-dessus de la peau, d'une demi-ligne à une ligne de diamètre, et en nombre très-variable. Tantôt, en effet, elles sont très-peu nombreuses; tantôt le nombre en est si grand qu'elles deviennent confluentes, et il serait impossible de les compter; mais, le plus souvent, elles sont discrètes. Cette éruption se montre d'abord sur la peau de l'abdomen, où elle est toujours plus abondante; de là elle se propage sur la poitrine, et quelquefois, mais plus rarement, sur les membres. Son abondance paraît être en raison directe de la gravité de la maladie. L'époque de son apparition n'est pas toujours celle que nous avons indiquée; dans quelques cas, très-rares à la vérité, elle ne se montre que bien plus tard, et quelquefois même vers le déclin de l'affection. Sa durée moyenne est de cinq à six jours. Lorsque ces taches sont sur le point de disparaître, leur couleur, de rose qu'elle était, devient brune; cette nuance pâlit de plus en plus, et finit par disparaître complètement, sans laisser aucune trace de son existence aux endroits où elles s'étaient montrées. Un fait digne d'être noté dans l'histoire de cette éruption, c'est que son développement paraît pouvoir être favorisé par l'influence de certaines circonstances étrangères à la maladie, telles qu'un bain; ainsi, il s'est présenté à l'observation de M. *Louis* un malade chez lequel les taches

étaient très-peu nombreuses, et qui, à la sortie du bain, en présenta une quantité très-considérable.

Il ne faut pas confondre ces taches avec les *pétéchies*, car ce sont deux lésions très-distinctes, et ce n'est que par erreur qu'on les a prises quelquefois les unes pour les autres ; en effet, les pétéchies sont plus larges et plus foncées : elles sont entièrement formées par du sang extravasé. D'où il résulte qu'au lieu de disparaître sous la pression du doigt, elles deviennent plus apparentes, parce que cette pression, en chassant le sang des vaisseaux environnans, occasione la pâleur de la peau, et fait ainsi ressortir la couleur du sang extravasé, qui ne peut pas d'ailleurs rentrer dans le torrent de la circulation sous l'influence d'une pression extérieure; tandis que les taches typhoïdes n'étant le résultat que d'une légère injection dans une petite étendue de la peau, il est facile de concevoir leur disparition sous cette même pression. L'apparition des pétéchies est assez rare dans la fièvre typhoïde ; ce n'est le plus souvent que dans des cas très-graves qu'on l'observe; et alors elles se manifestent dans les mêmes endroits que les taches typhoïdes.

Une autre éruption, qui tient le milieu pour la fréquence entre les deux dont nous venons de parler, c'est celle des sudamina. Ce sont de petites vésicules transparentes, formées par de petits soulèvemens de l'épiderme, et remplies d'une sérosité limpide. Elles échappent facilement à la vue lorsqu'on n'est pas prévenu et qu'on ne les cherche pas ; mais, en passant légèrement l'extrémité des doigts sur la peau, on sent une foule de petites inégalités qui donnent à cette membrane une apparence rugueuse. En froissant un peu la peau avec les doigts, on les déchire avec la plus grande facilité, et l'épiderme qui existe dans leur intervalle s'enlève aussi par le plus léger frottement. Elles ont d'un quart de ligne à une ligne de diamètre, et sont arrondies; mais, lorsqu'elles sont très-abondantes, deux d'entre elles, ou un plus grand nombre, en se réunissant, prennent une forme oblongue. Le nombre des sudamina a paru, dans quelques cas, être en rapport avec l'abondance des sueurs; mais ceci est loin d'être constant,

car on les voit assez souvent peu nombreux lorsqu'il y a des sueurs abondantes, et réciproquement; de manière qu'il paraît plus juste, comme M. *Louis* en a le premier émis l'idée, d'attribuer leur développement à un état particulier et inconnu de la peau. Le plus souvent ils ne se manifestent que vers la fin de cette période; rarement on les voit avant le douzième jour. Cette éruption se montre plus particulièrement au cou dans le voisinage des aisselles, sur les parties latérales de la poitrine, moins souvent aux aines, et plus rarement encore aux flancs. Sa durée varie de trois à dix jours; lorsqu'elle a disparu, on observe une desquamation proportionnée au nombre des vésicules, sur les endroits qui en ont été le siége. Quoique les sudamina soient très-fréquens dans la fièvre typhoïde, leur apparition n'est cependant pas un phénomène propre à cette affection; on les retrouve, en effet, dans quelques maladies chroniques, telles que la phthisie pulmonaire; mais leur rareté dans ces cas, leur fréquence dans l'affection typhoïde font penser avec raison que cette éruption est un fait d'une grande importance dans l'histoire de cette maladie.

D'autres éruptions se montrent quelquefois dans le cours de cette affection; ici, c'est une éruption de miliaire, là des boutons varioliques. Il existe, en ce moment, à l'Hôtel-Dieu, un malade très-intéressant, en ce qu'une partie de la peau de ses bras et de ses épaules s'est couverte d'un assez grand nombre de bulles pemphygoïdes, qui se remplissent de pus avec une grande promptitude; mais la rareté de ces phénomènes démontre bien que leur apparition n'est qu'accidentelle.

On observe dans cette période, et quelquefois plus tard, un fait très-remarquable, et bien plus commun dans cette affection que dans toutes les autres: c'est une grande tendance de la peau à s'ulcérer et à se gangréner, dans les points surtout qui sont le siége d'un peu d'irritation. C'est ainsi que l'on voit la peau des parties qui soutiennent le poids du corps, celle qui recouvre le sacrum et les grands trochanters, devenir le siége d'une hypérémie, assez souvent suivie d'une escharre, qui, venant à se détacher, laisse à nu les parties

sous-jacentes et quelquefois les os eux-mêmes. Les plaies provenant de l'application de vésicatoires s'ulcèrent aussi avec la plus grande facilité; d'autres fois la surface de la plaie prend seulement une couleur brune, en même temps que la matière de la suppuration prend un mauvais aspect. Des changemens analogues surviennent encore assez souvent sur les piqûres des sangsues.

A mesure que ces nouveaux phénomènes se manifestent, ceux qui s'étaient montrés dès le début prennent un degré plus grand d'acuité, et deviennent de plus en plus alarmans en imprimant à l'affection le caractère de gravité qui lui est propre. Ainsi, la stupeur est portée à son plus haut degré; la prostration des forces devient extrême; le malade garde constamment le décubitus dorsal; son corps est comme une masse inerte; si on soulève un de ses membres et qu'on le laisse tomber sur le lit, il obéit à sa pesanteur comme s'il était paralysé. On voit une immobilité complète des traits, ce nez effilé, ces yeux caves qui donnent à la face un aspect cadavérique; les malades ne répondent qu'avec peine et lenteur aux questions qu'on leur adresse; ils semblent chercher les réponses qu'ils doivent faire, et quelquefois ils ne les trouvent pas; d'autres fois leur mémoire paraît être présente, mais ils cherchent les mots et souvent ne peuvent pas les prononcer ou ne les prononcent qu'à demi. Souvent ils sont dans un état d'insouciance complète, n'ont aucune idée de ce qui se passe autour d'eux, et sont même insensibles à la gêne que devrait leur causer le contact des matières fécales et des urines provenant des évacuations involontaires. La contractilité musculaire est profondément altérée; le malade ne peut pas se tenir debout sans avoir des étourdissemens. Cependant il est très-remarquable que le même individu qui, un instant auparavant, se plaignait d'une extrême faiblesse, ce qui est facile à constater, quelque temps après, dans un moment de délire furieux, retrouve assez d'énergie pour se lever, marcher, et frapper même ceux qui veulent en approcher. A l'insomnie succède, dans cette période, une somnolence continuelle, d'où il est quelquefois difficile de retirer les malades. La céphalalgie est remplacée par des

vertiges ou par un délire qui tantôt est peu intense, mais qui d'autres fois est très-violent, et fait tenir aux malades les propos les plus extravagans. Ceux-ci, lorsque plus tard ils recouvrent leur raison, ne se souviennent pas de ce qui s'est passé, et sont comme étonnés du récit qu'on leur en fait.

Du côté des voies digestives, on observe des phénomènes qui méritent de fixer toute l'attention du médecin. L'intérieur de la bouche, le fond de la gorge et la langue se dessèchent de plus en plus ; les lèvres, les gencives et les dents se couvrent d'un mucus qui, en se desséchant, prend une teinte de plus en plus brune et même noirâtre ; souvent on trouve la langue fendillée et profondément gercée. Malgré cette extrême sécheresse, les malades n'accusent pas de soif dans quelques cas ; ils y sont devenus pour ainsi dire insensibles ; souvent il y a une extrême difficulté d'avaler, ce qui paraît provenir de différentes lésions ; quelquefois on ne trouve qu'une vive rougeur de la muqueuse du pharynx ; d'autres fois, un certain nombre d'ulcérations au pharynx ou à l'œsophage ; et dans quelques cas, on ne trouve rien qui puisse expliquer cette dysphagie. Le météorisme devient plus considérable, et, à mesure qu'il augmente, les douleurs abdominales deviennent moins vives, et quelquefois disparaissent. C'est dans cette période aussi que des hémorrhagies ont lieu par le rectum ; elles paraissent provenir des ulcérations intestinales. Les matières fécales et l'urine deviennent d'une fétidité remarquable ; dans certains cas, il y a une suppression complète d'urine, ce qui tient probablement plutôt à la faiblesse des muscles des parois de l'abdomen et des fibres de la vessie qu'à une paralysie de cet organe. Le contact presque continuel des matières fécales avec la peau donne quelquefois lieu aux excoriations et ulcérations dont nous avons déjà parlé, et celles-ci sont alors favorisées par l'insensibilité du malade.

Les fonctions respiratoires s'altèrent assez souvent dans le cours de cette affection. Déjà, dans la première période, on commence à observer un peu de toux, du râle sibilant, une expectoration de crachats plus ou moins abondans, filans, et dont la viscosité leur donne un

aspect étoilé lorsqu'ils ont été rejetés. La respiration devient aussi quelquefois un peu fréquente et gênée ; mais c'est surtout dans cette période que ces symptômes prennent une intensité plus grande et que la respiration devient de plus en plus embarrassée.

Les lésions fonctionnelles de l'appareil de la circulation, qui constituent presque à elles seules l'ensemble de symptômes désigné sous le nom de *fièvre*, offrent le plus grand intérêt. Le pouls présente une grande variété, soit sous le rapport de sa fréquence, soit sous celui de sa force. Cette affection n'attaquant que des sujets jeunes, le pouls est généralement fréquent, fort et plein dès les premiers jours ; on observe cependant des cas dans lesquels il ne présente presque pas de fréquence, en même temps que les autres symptômes s'aggravent de plus en plus : c'est ce contraste qui a fait donner à certains cas la dénomination de *fièvre maligne*. Cette fréquence augmente en général vers le soir ; elle est tantôt médiocre, puisque le pouls ne donne que 80 pulsations par minute environ ; tantôt elle est extrême : on compte chez quelques malades jusqu'à 140 pulsations, et même plus. A mesure que la prostration fait des progrès, le pouls devient faible, ondulant, dépressible, irrégulier. Cet état du pouls paraît avoir quelque rapport avec l'état du cœur ; M. *Louis* a été conduit par ses recherches à établir cette proposition que, « sur « trois sujets dont le pouls sera inégal, irrégulier, intermittent ou « tremblotant et accéléré, on pourra conclure avec vraisemblance « qu'il en est deux dont le cœur est ramolli ou flasque. »

La peau, qui, les premiers jours, avait été chaude et halitueuse, ensuite se sèche, et devient dans cette période le siége d'une chaleur âcre et mordicante, qui, en se rassemblant pour ainsi dire sous la main, cause au toucher une sensation des plus désagréables. La chaleur de la peau n'est pas toujours en rapport avec l'accélération et la force du pouls ; il y a en effet des cas où la chaleur est à peine augmentée lorsque le pouls est très-fréquent, et réciproquement ; mais ce n'est pas ce que l'on observe le plus communément. La chaleur augmente ordinairement vers le soir, et c'est après ce redoublement que des sueurs plus ou moins abondantes surviennent.

Troisième période. Les symptômes de cette période varient suivant que la marche de la maladie tend vers une terminaison heureuse, ou qu'elle se termine par la mort. Si elle marche vers la santé, on voit tous les symptômes diminuer peu à peu d'intensité ; ainsi, la stupeur et l'accablement deviennent moindres ; le malade répond avec moins de lenteur; ses yeux commencent à se diriger d'une manière plus sûre vers les personnes qui l'entourent ; il commence à avoir un peu de sommeil. Sa bouche s'humecte, et l'enduit brunâtre qui existait sur la langue et les dents disparaît peu à peu ; la déglutition et la parole deviennent moins difficiles, le ventre moins gonflé ; les matières fécales deviennent plus épaisses, plus liées, en même temps que le nombre des évacuations diminue chaque jour. La respiration est plus libre, les crachats moins visqueux, le râle sibilant moins fort. La circulation rentre peu à peu dans son état normal, le pouls devient moins fréquent et plus régulier ; la peau perd de sa chaleur et de sa sécheresse ; quelquefois il y a des sueurs abondantes surtout pendant le sommeil. L'urine devient moins foncée et est sécrétée en plus grande quantité. S'il existe quelque plaie, elle prend une couleur plus vermeille; la matière de la suppuration prend une consistance plus grande, et on la voit marcher franchement vers la cicatrisation. En même temps, le malade sent ses forces revenir, et bientôt il entre en convalescence : celle-ci est généralement plus longue que celles des autres maladies aiguës. Il y a des individus chez lesquels il reste une débilité morale et physique, qui se prolonge plus ou moins long-temps. Du reste, la promptitude avec laquelle a lieu le rétablissement de la santé est subordonnée à l'âge, à la longueur et à l'intensité de la maladie, à la constitution du sujet, au régime et à plusieurs autres circonstances encore.

Lorsque la maladie doit se terminer d'une manière funeste, c'est ordinairement dans cette période que cela arrive. On observe cependant des cas en assez grand nombre où la mort n'arrive qu'après le vingt-quatrième jour; d'autres où elle a lieu avant la fin de la deuxième période : on ne connaît pas de cas où elle arrive avant le cinquième jour de la maladie. Lorsque cette terminaison doit avoir lieu, on voit la plupart des symptômes s'aggraver : ainsi, la stupeur

et l'accablement deviennent plus grands, les mouvemens plus difficiles, les réponses plus lentes et quelquefois même impossibles; les facultés intellectuelles s'altèrent de plus en plus; les évacuations involontaires, qui sont chaque jour plus fréquentes, et dans lesquelles le malade est continuellement plongé sans en avoir la conscience, deviennent d'une fétidité repoussante; le météorisme augmente et la bouche se sèche davantage. La gêne de la respiration devient plus marquée; plus le moment fatal approche, plus elle devient stertoreuse; enfin la diminution de la fréquence et de la force du pouls, ainsi que le refroidissement des extrémités, annoncent clairement que la vie va bientôt s'éteindre.

Dans quelques cas plus rares, le moment de la mort est hâté par des accidens tétaniques qui emportent le malade en très-peu de temps. D'autres fois les malades sont pris soudainement d'une douleur excessivement aiguë dans le ventre, augmentant par la moindre pression; en même temps leur face devient grippée, le ventre tendu; des vomissemens plus ou moins souvent répétés se manifestent; en un mot, tous les symptômes d'une péritonite très-intense se déclarent. Les malades périssent en quelques heures; et, à l'ouverture des cadavres, on trouve qu'elle est due à la perforation de quelque plaque intestinale ulcérée.

La fièvre typhoïde ne se montre pas toujours avec la même escorte de symptômes, telle que nous venons de la décrire; plusieurs d'entre eux peuvent manquer, de manière qu'il n'y en ait qu'un certain nombre qui prédomine; et, comme ceux-ci peuvent varier, il en résulte autant de formes diverses que peut revêtir la maladie. Nous avons déjà vu qu'un grand nombre de maladies qui ont été appelées *fièvres inflammatoire, bilieuse, muqueuse, grave, adynamique* et *ataxique*, et que *Pinel* a présentées comme autant d'affections diverses, devaient être considérées comme des formes de la fièvre typhoïde lorsqu'elles se prolongent au-delà de quatorze jours, et que jusque-là on n'a pas trouvé, ni dans le ventre, ni dans la poitrine, ni dans la tête, les

signes d'une lésion capable d'expliquer le mouvement fébrile, parce que l'expérience a prouvé que dans tous ces cas existe l'affection des glandes de *Peyer*, qui caractérise la maladie typhoïde. Il y a bien des individus qui présentent un mouvement fébrile assez intense qui se termine dans un petit nombre de jours, et qui pourrait simuler une fièvre continue essentielle ; mais ces symptômes dépendent alors d'une légère inflammation de la muqueuse d'une portion du tube digestif ou de tout autre organe contenu dans l'abdomen.

Une des formes plus communes que revêt l'affection typhoïde est l'inflammatoire ; c'est surtout chez les sujets doués d'un tempérament sanguin et d'une constitution robuste qu'elle se montre; elle est caractérisée par l'injection de la face, la coloration rose de la peau, la plénitude du pouls, la distension des veines. Soit que cet état se soutienne pendant toute la durée de la maladie, soit qu'il cesse pour faire place aux symptômes adynamiques ou ataxiques, ce qui est le plus commun, c'est ordinairement par là que débute l'affection typhoïde ; il y a souvent dans cette forme une oppression des forces, considérable dès le principe, qu'il faut bien se garder de confondre avec l'adynamie.

Chez d'autres individus, la maladie se montre avec la forme bilieuse; c'est surtout en été qu'on l'observe. Ses caractères sont une teinte jaunâtre de la peau, de la langue, des matières vomies et des évacuations alvines ; une extrême fréquence du pouls, une soif vive, le désir de boissons acides, et un sentiment de brisement général porté au plus haut degré. Tous ces symptômes se montrent dès les premiers jours, persistent un temps variable, et plus tard les phénomènes adynamiques ou ataxiques viennent lever tous les doutes, s'il y en avait, sur la véritable affection.

Une troisième forme est la muqueuse : c'est, de toutes, la plus rare. On l'observe principalement chez des individus d'un tempérament lymphatique, et déjà affaiblis par une alimentation insuffisante ou malsaine, des chagrins vifs ou autres causes de cette nature. Cette forme est caractérisée par une langueur physique et morale plus ou

moins prononcée, accompagnée d'une teinte pâle de la peau, de mollesse des chairs, d'une odeur acide de l'urine, des sueurs et des substances rejetées par le vomissement, d'une chaleur halitueuse; la soif est ordinairement médiocre dans cette forme de la maladie, et la langue ne se dessèche pas aussi complètement.

D'autres fois les symptômes prédominans se passent du côté du système nerveux; c'est à cette forme qu'on donnait autrefois le nom de *fièvre ataxique* ou *maligne*, à cause de sa marche irrégulière et souvent insidieuse. Ses phénomènes caractéristiques sont un délire presque toujours violent, de la raideur, quelquefois des convulsions, une agitation extrême par suite de laquelle le malade ne peut pas rester un seul instant tranquille: il cherche à se découvrir et à sortir de son lit; la couleur noire et la sécheresse de la langue, le météorisme, les excrétions involontaires, etc. C'est surtout dans cette forme que l'on voit des changemens subits et imprévus: ainsi, chez certains malades, l'affection semble avoir pendant quelques jours un caractère de bénignité et suivre une marche régulière, lorsque tout à coup on voit la scène changer, et il se présente des symptômes de nature à compromettre gravement l'existence du malade.

La principale, la plus fréquente et en même temps la plus grave des formes de la fièvre typhoïde est l'adynamique; dans celle-ci ce ne sont pas le système sanguin ou nerveux qui semblent être affectés isolément; elle se montre par une faiblesse qui s'étend à toute l'économie; aucune constitution n'en est à l'abri. Quelle qu'ait été la forme avec laquelle la fièvre typhoïde ait débuté, si elle n'a pas été adynamique dès le principe, elle le devient presque toujours par la suite. Ses caractères les plus essentiels sont une altération profonde de la contractilité musculaire, se révélant par une grande prostration des forces, qui devient de plus en plus manifeste, au point que quelques malades, à une époque avancée de la maladie, ne peuvent exécuter aucune espèce de mouvement; la difficulté de la parole et de la déglutition, l'immobilité complète des traits, la présence d'un enduit

brunâtre sur les dents et la langue ; le météorisme est plus considérable, les évacuations alvines d'une odeur plus fétide, les excrétions plus promptement involontaires que dans les autres formes, et cette dernière circonstance favorise beaucoup la formation d'escharres gangréneuses à la peau. Le pouls devient faible et tremblant ; l'engouement et même l'hépatisation de la base du poumon, la persistance de la chaleur, qui conserve ordinairement de l'âcreté dès le principe, tels sont les phénomènes qui constituent cette forme de la maladie, qui est certainement la plus grave.

Diagnostic.

Les phénomènes ataxiques, adynamiques, et la plupart de ceux qu'on rencontre dans le cours de la fièvre typhoïde, s'observent encore dans bien d'autres maladies ; c'est surtout chez les vieillards que les maladies donnent lieu à des symptômes adynamiques très-prononcés ; de manière qu'il est très-facile de croire que c'est une fièvre typhoïde qu'on a à traiter, principalement si le début de la maladie n'a pas été marqué par des symptômes locaux bien dessinés, et si on ne tient compte, pour porter le diagnostic, que de l'état actuel du malade. Mais il est bien certain que si l'on examine avec l'attention convenable l'ordre suivant lequel se sont succédé les divers symptômes, on parviendra toujours à distinguer les cas de fièvre typhoïde de ceux qui pourraient la simuler, et on se convaincra de plus en plus que cette maladie n'appartient presque exclusivement qu'à la jeunesse. Ainsi, lorsqu'un sujet jeune est pris de diarrhée et d'un mouvement fébrile opiniâtres, avec une céphalalgie intense et de l'insomnie, et si ces phénomènes ont été précédés d'une épistaxis, qu'il s'y joigne, quelques jours après, du météorisme, des vertiges, du délire et une grande faiblesse musculaire, on peut annoncer, sans crainte de se tromper, une fièvre typhoïde, surtout si, après le laps de temps indiqué, on découvre une éruption de taches roses ou de sudamina.

Dans ces derniers temps, on a prétendu que tous ces symptômes pourraient être rattachés à l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale. Mais dans les cas bien avérés de gastro-entérite ou d'entérite, on n'observe jamais l'ensemble de symptômes ni la marche qu'ils suivent dans la fièvre typhoïde, et par conséquent ce sont deux maladies bien distinctes. Dans un grand nombre de cas d'entérite, le pouls n'est que médiocrement accéléré, quelquefois il se maintient dans son état normal, tandis que dans la fièvre typhoïde le mouvement fébrile est toujours considérable; il y a dans celle-ci une stupeur, une diminution des forces qui n'est jamais en rapport avec les autres symptômes, tandis que dans l'entérite la faiblesse est presque toujours proportionnée à l'abondance des évacuations alvines; ensuite, dans celle-ci, il n'y a presque jamais ni somnolence ni délire, phénomènes si communs dans la première. La fièvre typhoïde n'attaque que les jeunes sujets, la gastro-entérite se montre à tous les âges : cette dernière, comme toutes les autres maladies franchement inflammatoires, peut être produite par des moyens artificiels; la fièvre typhoïde ne le peut pas.

L'ouverture des cadavres démontre d'une manière plus évidente encore la vérité de ce que nous avançons. Chez les individus morts d'entérite ou d'autres maladies compliquées d'entérite, on trouve la membrane muqueuse intestinale rouge, ramollie, épaissie à différens degrés, tandis que chez ceux morts de fièvre typhoïde, la membrane muqueuse ne présente des signes d'inflammation que dans la moitié des cas environ; dans les autres, elle est blanche et d'une bonne consistance, même chez les individus qui meurent dans les premiers jours de la maladie; et dès-lors on ne peut pas dire que s'il y a des cas où l'on ne trouve pas de signes d'inflammation dans la muqueuse gastro-intestinale, c'est parce qu'elle a existé au commencement de la maladie, et ne se trouve plus à une époque avancée. Ensuite, il existe dans la fièvre typhoïde une altération spéciale des plaques elliptiques de l'iléum, qui lui est propre, et qui constitue son caractère anatomique.

Une maladie avec laquelle la fièvre typhoïde paraît avoir la plus grande analogie, c'est le typhus des camps. Dans le typhus, les symptômes sont effectivement les mêmes que ceux de la fièvre typhoïde, à la durée près, laquelle est généralement plus longue dans cette dernière : les symptômes sont aussi ordinairement plus intenses dans le typhus; mais ceci ne constitue pas une différence essentielle. Quelques médecins ont prétendu que l'éruption était très-différente dans les deux maladies; mais des personnes d'une grande véracité affirment avoir été à même, en 1814, d'observer le typhus à Paris, l'avoir fait avec la plus grande attention, et s'être assurées que la seule différence qui existait, c'est que dans le typhus elle était plus abondante, mais que le caractère des taches était absolument le même. Il paraît donc que la durée seule des deux maladies diffère; dans le typhus, l'affection parcourt toutes ses périodes du treizième au quinzième jour, et presque toujours elle est terminée au quatorzième, tandis que la fièvre typhoïde ne dure presque jamais moins de vingt jours; dans celle-ci, l'éruption ne se fait pas avant le septième ou huitième jour, tandis que dans le typhus elle apparaît dès le troisième. Maintenant, cette différence dans la durée tient-elle seulement à la gravité plus grande des symptômes dans un cas que dans l'autre? c'est bien probable; et dès-lors on devrait cesser de regarder comme différentes deux maladies dont l'identité paraît vraisemblable. Il est vrai que le typhus est une maladie éminemment contagieuse, qui règne le plus souvent d'une manière épidémique, et emporte un grand nombre d'individus; tandis que le caractère contagieux n'est rien moins que prouvé pour la fièvre typhoïde, et celle-ci n'attaque que des individus isolés : mais ceci paraît être en harmonie avec ce que nous avons dit concernant la durée des deux affections, car la même cause qui rend les symptômes moins graves et la mortalité moindre dans un cas ne pourrait-elle pas étendre son influence bénigne jusque sur la nature contagieuse de l'autre? Malheureusement il nous manque encore le fait le plus précieux pour juger complètement la question de l'identité de ces deux maladies, ce sont les lésions intestinales, qui consti-

tuent le caractère anatomique de la fièvre typhoïde, et dont on ne connaît pas encore la nature dans le typhus.

Nous avons dit que toutes les fois qu'il existe un mouvement fébrile, qui persiste au-delà du quatorzième jour, on doit avoir les plus grands soupçons que ce ne soit un cas de fièvre typhoïde, si jusqu'alors on n'a pas trouvé de symptôme local, soit dans le ventre, soit dans la poitrine, soit dans la tête, qui puisse l'expliquer; on a en effet observé de ces cas de fièvre continue qui ne semblaient avoir aucune analogie avec une fièvre grave, et dans lesquels on a trouvé à l'ouverture des cadavres l'affection des glandes de *Peyer*. L'affection typhoïde ne se montre donc pas toujours d'une manière aussi tranchée que nous l'avons supposé jusqu'à présent, soit qu'il manque quelques-uns des phénomènes caractéristiques, soit qu'il y ait quelque irrégularité dans sa marche; il y a des cas très-obscurs dans lesquels il est très-difficile de porter un diagnostic sûr. Néanmoins, dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, quelques-uns des symptômes caractéristiques viendront dissiper tous les doutes. Ainsi, si dans ces cas on pousse plus loin l'examen, on trouvera quelquefois une éruption typhoïde qu'on n'avait pas soupçonnée jusque-là; d'autres fois, on apprendra que le malade a eu dans le principe quelques épistaxis, ou de la céphalalgie, ou tout autre symptôme auquel il n'aura pas fait une grande attention, en raison de leur peu d'intensité; enfin, on a vu des cas où la véritable affection a été méconnue jusqu'à quelques momens avant la mort, et une perforation intestinale est venue la déceler par les symptômes formidables dont elle est suivie ordinairement.

Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques que l'on trouve sur les cadavres à la suite de la fièvre typhoïde sont de deux sortes : les unes constantes ou presque constantes, et propres à la maladie; les autres accidentelles, soit parce qu'elles ne s'observent que dans un nombre de cas bien

moindre, soit parce qu'elles existent sur les cadavres de sujets morts d'une autre affection. Les premières portent sur un petit nombre d'organes : c'est sur les follicules agminés de l'intestin grêle, ou glandes de *Peyer*, sur les follicules isolés du même intestin, ou glandes de *Brunner*, et sur les ganglions mésentériques. Les premiers, qui se présentent sous la forme de plaques elliptiques, à peine apparens chez l'homme sain, offrent différens degrés d'altération suivant l'époque de la maladie à laquelle l'individu a succombé et la portion d'intestin qui en est le siége. Le nombre des plaques affectées est d'autant plus grand, et l'altération d'autant plus profonde, qu'elle se rapproche davantage de la valvule iléo-cœcale, et elle existe de préférence sur la portion de circonférence de l'intestin opposée à celle où s'insère le mésentère. Cette altération des glandes de *Peyer* consiste, dans la première période de la maladie, en un gonflement assez considérable qui les rend gaufrées, saillantes au-dessus du niveau de la membrane muqueuse, et en même temps d'un rouge assez vif, quelquefois violacé, et plus ou moins dures. Cet état des plaques elliptiques rend les follicules qui les composent plus apparens dans quelques cas, puisque leurs orifices peuvent être aisément aperçus, ainsi que les intervalles qui les séparent, ceux-ci se laissant traverser par les rayons lumineux. Cette lésion occupe une étendue de la fin de l'intestin, qui varie depuis deux pieds jusqu'à cinq ou six. Tantôt on voit une transition graduée des glandes saines à celles qui sont affectées ; et on remarque alors différentes nuances ou degrés de la même altération, les premières étant à peine saillantes et colorées en rose, et les suivantes présentant une lésion de plus en plus profonde à mesure qu'elles se rapprochent davantage du cœcum. D'autres fois cette transition est brusque, et c'est le cas le plus ordinaire ; mais les plaques les plus éloignées du duodénum sont toujours les plus profondément affectées. Elles ne sont pas toujours formées par la lésion des follicules uniquement; souvent il y a en même temps un épaississement avec une légère rougeur du tissu cellulaire sous-jacent.

Les follicules isolés sont le siége d'une altération en tout analogue à

celle des follicules agminés. Ils se présentent alors sous la forme de petits boutons rouges, gris ou blancs; rarement on observe à leur centre un point grisâtre comme sur ceux des plaques elliptiques; cette altération suit la même marche que celle que nous avons décrite; elle est également plus intense vers la fin de l'intestin. Si on observe ces follicules sur le cadavre d'un individu mort à une époque plus avancée de l'affection, on les trouve plus rouges, plus gonflés et plus durs, surtout dans le voisinage du cœcum, où ils sont aussi plus nombreux. Dans cet endroit, et à une époque également avancée, on trouve des plaques jaunâtres, dures, formées par de véritables escharres gangréneuses, plus ou moins adhérentes, qui, venant à se détacher, donnent lieu à des ulcérations d'autant plus étendues et profondes qu'on les observe plus près de la valvule iléo-cœcale. Ces escharres sont la terminaison de la lésion des glandes de *Peyer;* elles ne sont pas ordinairement aussi nombreuses à une plus grande distance du cœcum, où la lésion n'est jamais aussi intense. Quelquefois elles s'étendent sur tout le pourtour de l'intestin, et en profondeur au tissu cellulaire sous-muqueux, qui est alors détruit, et laisse, en se détachant, la tunique musculeuse à nu; plus tard, la lésion s'étend dans quelques cas à la membrane séreuse; de là, les perforations intestinales, si fréquentes dans cette maladie, qui donnent lieu à une péritonite qui fait succomber les malades en quelques heures. Il est à remarquer que ces perforations n'ont jamais lieu que dans les dernières plaques ulcérées, près du cœcum, ce qui démontre d'une manière claire, que celles-là sont toujours les premières atteintes; car la perforation est le dernier degré de la lésion dont elles sont le siége. Ceci se trouve encore confirmé par un fait assez remarquable : c'est que lorsqu'on ouvre des cadavres d'individus morts à une époque éloignée du début de l'affection, 35, 40 jours, par exemple, on observe que les plaques, surtout celles qui avoisinent le cœcum, au lieu d'être rouges, comme chez les individus morts dans les premiers jours, sont devenues d'une teinte mêlée de rouge, gris ou bleu, en même temps qu'elles sont moins épaisses et plus dures. Celles qui sont ulcérées

présentent quelquefois un commencement de cicatrisation, annoncé par l'existence d'une pellicule très-mince, qui couvre une partie ou toute la surface de l'ulcération, et par l'affaissement des bords de cette dernière, ce qui indique, d'une part un travail réparateur et une marche rétrograde de la lésion locale au moins; et d'autre part, que les glandes qui en sont le siége ont été les premières affectées, puisqu'elles sont aussi les premières à entrer en voie de guérison.

Les cryptes muqueuses de l'intestin grêle ne sont pas seules le siége de cette lésion : on l'observe encore assez souvent dans le gros intestin; mais ni le nombre des plaques, ni par conséquent celui des ulcérations, n'y est jamais aussi grand que dans le premier. Lorsqu'elles existent, elles sont plus nombreuses dans le cœcum, et vont ensuite en diminuant à mesure qu'on s'avance vers le rectum ; dans le cœcum, elles ont la plus grande analogie avec celles de la fin de l'intestin grêle, mais dans le colon elles deviennent plus petites.

La lésion que nous venons de décrire offre, relativement au nombre des plaques malades, des variétés très-importantes à noter : il y a quelques cas où un grand nombre d'entre elles sont affectées, et d'autres où l'on n'en trouve que trois ou quatre; on en cite d'autres où l'on n'en a trouvé qu'une seule. Enfin, il n'y a pas encore long-temps que M. *Chomel* eut l'occasion d'ouvrir le cadavre d'un individu qui avait présenté tous les symptômes de la fièvre typhoïde, et dans l'intestin duquel il ne découvrit que la moitié d'une plaque affectée.

Toutes les fois qu'on a trouvé les plaques elliptiques de l'intestin grêle ulcérées, on a rencontré en même temps les ganglions mésentériques plus ou moins augmentés dans leur volume, rouges et ramollis. Cette lésion suit une marche analogue à celle des plaques elliptiques de l'intestin grêle; ainsi c'est à la fin de celui-ci, ou au cœcum, c'est-à-dire à la portion du canal intestinal où l'on observe un plus grand nombre d'ulcérations, et où elles sont plus larges et plus profondes, que correspondent les ganglions les plus gravement altérés. Chez les sujets qui meurent pendant les quinze

premiers jours de l'affection, ces organes sont simplement plus volumineux qu'à l'état normal, plus rouges, et ont commencé à éprouver un certain degré de ramollissement. Dans le second septénaire, ils sont plus mous que dans le premier, et présentent quelquefois un certain nombre de points jaunes, formés par du pus. Après le quinzième jour environ, quelques-uns d'entre eux ne consistent plus qu'en une matière tout à fait purulente, et ceux qui n'ont pas suppuré présentent une couleur violacée ou brunâtre, ce qui indique un reste de travail phlegmasique à son déclin. Du rapport constant qui existe entre la lésion des ganglions mésentériques et celle de l'intestin grêle, on peut déduire la conclusion suivante : que la lésion dont les ganglions sont le siége est sympathique de celle de l'intestin. On a dit que ces ganglions deviennent malades de la même manière que ceux de l'aisselle ou de l'aine, lorsqu'une cause irritante quelconque vient à agir sur les vaisseaux lymphatiques qui s'y rendent : ce rapprochement paraît très-bien fait ; l'analogie la plus parfaite existe effectivement entre ces deux sortes d'altérations, si ce n'est que dans le cas qui nous occupe spécialement elle est constante, tandis que l'engorgement des ganglions de l'aisselle ou de l'aine n'est pas la conséquence nécessaire de l'irritation des vaisseaux qui y aboutissent.

Nous avons rangé dans un deuxième ordre les lésions anatomiques qui, par leur importance moindre, sont considérées comme accidentelles : elle s'étendent sur un bien plus grand nombre d'organes que celles du groupe précédent. La membrane muqueuse gastro-intestinale en est souvent le siége ; tantôt c'est la muqueuse gastrique seule, tantôt celle des intestins, tantôt les deux à la fois. Cette membrane présente alors un ramollissement plus ou moins considérable ; dans l'estomac, il existe soit dans la plus grande partie de son étendue, soit dans quelques points seulement, et celui qui en est le plus souvent le siége, c'est son grand cul-de-sac. Dans l'intestin le ramollissement de la muqueuse présente les mêmes variétés que dans l'estomac sous le rapport de son étendue. Dans d'autres cas, on trouve sur la

muqueuse intestinale, moins souvent cependant que sur celle de l'estomac, des ulcérations ordinairement petites et arrondies, qu'il ne faut pas confondre avec celles que nous avons décrites plus haut. Les cryptes du duodénum offrent aussi quelquefois un développement assez grand ; on cite un petit nombre de cas où l'on a trouvé quelques ulcérations sur sa membrane muqueuse. Sous le rapport de la coloration, la membrane muqueuse gastro-intestinale offre quelques variétés ; tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, elle est d'une couleur rouge plus ou moins foncée; d'autres fois c'est une coloration brune ou jaune que l'on trouve ; d'autres enfin, et chez la troisième partie environ des sujets, elle est pâle dans toute son étendue, et d'une bonne consistance, même autour des ulcérations de la fin de l'iléum; et lorsqu'il y a de la rougeur dans cet endroit, elle est bornée quelquefois à la portion de membrane muqueuse qui entoure les ulcères, et doit être dès-lors attribuée à la présence de ces derniers.

La membrane muqueuse du gros intestin est quelquefois saine dans toute son étendue, plus souvent rouge partout, ou dans quelques points seulement; d'autres fois c'est une couleur grise brune qu'on observe; elle ne se montre, comme pour l'intestin grêle et l'estomac, que chez les individus qui meurent à une époque assez éloignée du début de la maladie, de manière qu'il est très-probable qu'elle ne soit qu'une dégradation de la couleur rouge. Pour la consistance, elle varie aussi ; quelquefois elle est diminuée dans toute l'étendue du gros intestin, d'autres fois, ce n'est que partiellement, et à divers degrés. Ce ramollissement s'accompagne parfois d'un épaississement notable.

Ces altérations ne sont pas les seules qu'on trouve sur les voies digestives ; il en est d'autres très-intéressantes, sur lesquelles M. *Louis* a spécialement appelé l'attention des médecins; ce sont des ulcérations que présente la membrane muqueuse du pharynx et de l'œsophage : il dit les avoir trouvées dans la septième partie des cas environ, et toujours sur des cadavres de sujets morts après la deuxième période. Ces ulcérations sont ordinairement peu nombreuses et superficielles, et ne consistent que dans la simple destruction de la membrane mu-

queuse ; dans quelques cas, elles étaient accompagnées d'une infiltration de pus assez abondante dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Dans l'œsophage, lorsqu'elles sont en petit nombre, elles sont bornées aux environs du cardia, et dans le cas contraire, elles s'étendent à toute la membrane muqueuse, mais plus nombreuses à sa partie inférieure que partout ailleurs.

La rate est l'organe le plus fréquemment affecté dans la fièvre typhoïde, après les glandes de *Peyer* et les ganglions mésentériques, ce que l'on peut constater quelquefois pendant la vie, soit par la percussion, soit par tout autre moyen d'exploration. Ces altérations consistent dans l'augmentation du volume de cet organe, et dans son ramollissement ; elles sont si fréquentes qu'on ne trouve la rate dans son état naturel qu'une fois sur dix ou douze environ. La plus fréquente est l'augmentation de volume ; elle existe tantôt seule, tantôt accompagnée du ramollissement, et présente différens degrés : ainsi on la voit dans quelques cas ne s'être éloignée que très-peu de son volume naturel, et dans d'autres, être trois, quatre ou cinq fois plus volumineuse. Le ramollissement est moins fréquent ; quelquefois il est si intense que le tissu de la rate ressemble à une bouillie grisâtre ou couleur de lie de vin, et se laisse facilement pénétrer par le doigt. Ces deux espèces de lésions ont été trouvées chez tous les sujets morts dès le commencement de la maladie ; les cas dans lesquels la rate a été trouvée saine ne sont relatifs qu'à des individus morts à une époque très-avancée de l'affection. Leur grande fréquence leur donne un très-grand poids, bien plus grand encore que celui de l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale, pour faire soupçonner la principale lésion, celle des plaques elliptiques de la fin de l'iléum, puisque dans aucune autre maladie on ne les observe aussi souvent, et que, dans celle-ci en particulier, elles sont bien plus fréquentes que l'inflammation de la muqueuse des voies digestives.

L'appareil biliaire ne présente que des lésions d'une importance secondaire : le foie est, chez quelques sujets, augmenté de volume ; chez d'autres, en plus grand nombre, son tissu est ramolli, quel-

quefois à un degré assez considérable. La bile est quelquefois très-abondante, plus foncée et plus visqueuse que dans l'état naturel.

Du côté des voies aériennes, on trouve très-souvent des lésions très-importantes, parce qu'elles ajoutent beaucoup à la gravité de la maladie; la membrane muqueuse du conduit aérien est, dans quelques cas, rouge, et cette rougeur paraît être tantôt le produit d'une simple congestion sanguine, tantôt celui d'une inflammation bien caractérisée. On rapporte quelques exemples de fausses membranes et d'ulcérations, quoiqu'en petit nombre; celles-ci existaient toutes seules, ou bien coïncidaient avec d'autres analogues dans le pharynx, l'œsophage ou l'estomac. Les poumons sont, dans plusieurs cas, profondément affectés: quelquefois on ne trouve qu'un léger engouement, qui est ordinairement regardé comme un effet cadavérique, et se rencontre dans plusieurs autres maladies; en incisant le poumon dans ce cas, il s'en écoule un liquide rougeâtre et spumeux; d'autres fois c'est un véritable état inflammatoire au premier degré. Chez quelques individus, et en assez grand nombre, on observe une hépatisation bien manifeste du parenchyme pulmonaire, compliquée avec de l'engouement: c'est ordinairement aux lobes inférieurs qu'on l'observe. On rencontre dans cette affection, plus souvent que dans aucune autre, l'altération que divers auteurs ont appelée *splénisation* du poumon, parce que son tissu, par sa couleur rouge-brunâtre, son imperméabilité à l'air, sa mollesse et la facilité avec laquelle il se laisse pénétrer, puisqu'il s'écrase aisément entre les doigts comme une espèce de pulpe, ressemble beaucoup à celui de certaines rates ramollies. Quelques autres altérations se trouvent encore dans ces organes, mais elles sont très-peu intéressantes.

Les plèvres sont souvent le siége d'un épanchement, dans la plupart des cas, double; ces épanchemens sont formés d'un liquide rouge, sanguinolent, plus ou moins foncé: la quantité de ce liquide varie de quelques onces à plusieurs livres.

Du côté de l'appareil circulatoire, le cœur est le siége de lésions plus ou moins fréquentes. Suivant quelques auteurs, peu nombreux,

ces lésions seraient très-rares ; tandis que, selon plusieurs autres, on les trouverait un bien plus grand nombre de fois. Quoi qu'il en soit, la principale de ces lésions est le ramollissement du tissu du cœur : il est quelquefois très-peu considérable ; mais, dans d'autres cas, il est porté au point que le cœur est très-flasque dans sa totalité, et qu'il ne conserve pas sa forme naturelle, mais celle qui provient de l'affaissement de son tissu. A ce ramollissement il se joint, dans la plupart des cas, une décoloration plus ou moins marquée de sa surface externe et de l'épaisseur de ses parois ; il prend alors une teinte pelure d'oignon, qui contraste avec la couleur violet foncé de sa surface interne. Ces altérations se rencontrent même chez des sujets morts dès les premiers jours de la maladie, et on a observé que, dans plusieurs cas, cet état coïncidait avec un pouls faible et tremblant.

La membrane interne de l'aorte présente, chez plusieurs individus, une rougeur qui existe par plaques, ou, ce qui est plus ordinaire, d'une manière continue, et qui s'étend quelquefois aux principaux vaisseaux, soit artériels, soit veineux. Elle coïncide le plus souvent avec le ramollissement du cœur déjà décrit, et paraît devoir être attribuée à l'imbibition du sang qui séjourne dans l'intérieur des vaisseaux, imbibition qui, quoiqu'elle soit quelquefois un pur effet cadavérique, paraît cependant, dans un grand nombre de cas, être favorisée par un état particulier de la tunique interne des vaisseaux sanguins ; car, si cela n'était pas, on devrait rencontrer cette coloration plus souvent, l'intérieur de ces vaisseaux étant toujours baigné par une quantité plus ou moins considérable de sang.

Les organes composant l'appareil de la vie de relation, qui présentent pendant la vie les symptômes les plus graves, ne sont altérés, à l'ouverture des cadavres, que d'une manière très-légère. Les méninges présentent dans quelques cas, peu nombreux d'ailleurs, divers degrés d'injection, le plus souvent légère ; d'autres fois on trouve, mais rarement aussi, une certaine quantité de sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Le cerveau présente, dans certains cas, une injection assez marquée et uniforme dans toute son

étendue; chaque tranche de sa substance présente à sa surface un aspect piqueté, provenant de la présence de petits points rouges, qui sont autant d'orifices de petits vaisseaux. Mais cette lésion est loin d'expliquer les symptômes observés pendant la vie; car M. *Louis*, qui s'est occupé de ces recherches d'une manière toute spéciale, dit l'avoir trouvée un nombre égal de fois chez les individus qui ont eu un assoupissement très-grand, et ceux qui ont eu un délire très-violent. Le nombre en a été trouvé pareillement le même sur les cadavres d'individus morts de l'affection typhoïde et d'autres maladies aiguës. On rencontre aussi, mais moins souvent que cette dernière lésion, tantôt une diminution, tantôt une augmentation dans la consistance de la substance cérébrale; mais ce que nous venons de dire pour la couleur de cette substance, sous le rapport de la part qu'elle semblerait avoir, au premier coup-d'œil, dans la production des symptômes typhoïdes, s'applique à cette dernière lésion. On rencontre également sur un nombre assez grand de sujets un épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux, dont la quantité varie de quelques gouttes seulement à quelques cuillerées.

Prognostic.

Le prognostic de la fièvre typhoïde est subordonné à plusieurs circonstances, dont les unes se rattachent à l'état dans lequel le malade se trouvait avant l'invasion de la maladie, et les autres à la maladie elle-même, à ses symptômes, sa marche, etc. Parmi les conditions dans lesquelles se développe cette maladie, l'âge est une de celles qui exercent le plus d'influence sur sa terminaison; ainsi, on a observé que chez les individus âgés de trente-cinq à quarante ou quarante-deux ans, et la maladie ne s'observe guère au-delà de ce terme, la mortalité était constamment de moitié, tandis que chez des sujets d'âges différens elle n'excède pas le quart, d'où l'on voit qu'elle est bien moindre chez les individus moins avancés en âge. Une autre circonstance, non moins importante, c'est l'état dans lequel se trouvait l'in-

dividu avant l'invasion : s'il a éprouvé des chagrins vifs et toute autre sorte d'affection morale triste ; s'il est d'une constitution faible, débilité par des excès dans le travail, dans les plaisirs de l'amour ou autres, il se trouve dans les conditions les plus défavorables, et il est à craindre que la maladie ne se termine d'une manière funeste. Les symptômes et la marche de l'affection sont une source plus importante encore, où le médecin peut puiser des lumières à l'aide desquelles il peut porter un prognostic plus sûr. Il est d'observation que les malades chez lesquels il survient une rémission subite quelques jours après le début, meurent presque tous. Les symptômes les plus propres à faire craindre une terminaison fâcheuse sont une altération profonde des traits, le découragement et l'effroi de certains malades sur leur position, surtout s'il s'y joint des évacuations involontaires d'urines ou de matières fécales, sans que les malades en aient la conscience. Ces évacuations involontaires, outre le grand danger qu'elles annoncent, ont encore l'inconvénient de favoriser la production d'escharres gangréneuses sur les parties qui supportent le poids du corps, et avec lesquelles elles sont en contact ; phénomènes qui ajoutent beaucoup à la gravité du prognostic, surtout si les escharres sont profondes. Les soubresauts dans les tendons, mais surtout les convulsions générales, ainsi que les symptômes hydrophobiques, sont des signes d'une mort presque inévitable ; quelques malades cependant qui offrent des soubresauts des tendons finissent par recouvrer la santé. La raideur des membres a toujours été regardée comme devant être suivie d'une terminaison funeste ; mais M. *Chomel* cite, dans ses leçons, un cas, qui s'est offert à son observation, où elle était portée à un haut degré, et qui s'est terminé favorablement. La respiration petite et fréquente a été regardée aussi par quelques auteurs comme un symptôme d'une extrême gravité. Le délire n'est pas en soi un phénomène très-grave ; mais le coma qui lui succède, surtout s'il est très-profond, annonce également un grand danger.

Le prognostic de la fièvre typhoïde est plus difficile en général que celui des autres maladies ; on voit en effet des malades, chez lesquels

l'affection semble pendant quelques jours n'avoir qu'une intensité médiocre, être pris subitement de symptômes extrêmement fâcheux, qui donnent à la maladie un caractère de gravité qu'elle n'avait pas eu jusqu'alors, ce qui rend sa marche pour ainsi dire insidieuse, de manière que le médecin doit user de la plus grande circonspection en portant le prognostic dans cette maladie.

Nature de la maladie.

Ce sujet est le point le plus intéressant, mais en même temps le plus obscur de l'histoire de la fièvre typhoïde; c'est pourquoi il a été la source de dissidences si grandes entre les médecins de toutes les époques, et qu'il l'est encore aujourd'hui. Voyons d'abord la valeur que l'on doit accorder aux lésions anatomiques dans la production des symptômes qui caractérisent cette maladie, c'est-à-dire le rapport qui existe entre les symptômes et les désordres anatomiques. Il est clair que les lésions accidentelles, dont les principales sont l'inflammation des bronches, des poumons, de l'estomac et des intestins, ne doivent point être considérées comme le point de départ des lésions fonctionnelles, pour les raisons que nous avons exposées ailleurs; par conséquent, la pensée d'une pneumonie et d'une gastro-entérite ne doit pas se présenter à l'esprit, d'autant plus qu'on les rencontre dans plusieurs autres maladies, sans que pour cela elles soient regardées comme le point de départ de tous les symptômes. La seule lésion à la quelle, par son extrême fréquence et son étendue chez certains sujets, on serait plutôt tenté d'attribuer les symptômes observés pendant la vie, c'est celle des glandes de *Brunner*, des plaques de *Peyer* et des ganglions mésentériques. Il y a des cas, en effet, où tous les follicules isolés et agminés sont malades, et les ganglions mésentériques profondément altérés; mais, à côté de ces cas, il y en a d'autres où un petit nombre seulement de ces organes est affecté. Ainsi, il est très-commun de ne rencontrer que quatre ou cinq plaques altérées; les cas où l'on en trouve moins sont plus rares; mais on en cite quelques-uns qui

n'en offraient qu'une seule ; et il y a quelque temps M. *Chomel* eut l'occasion d'ouvrir un cadavre dans l'intestin duquel il n'a trouvé que la moitié d'une plaque malade ; et ce qu'il y a de plus remarquable dans ces cas, c'est que quelquefois les symptômes ont été bien plus intenses que dans d'autres où il y avait un plus grand nombre de plaques affectées. Si donc on voit déjà une disproportion si grande entre l'intensité des symptômes et l'étendue des lésions de l'intestin grêle, puisque l'on ne trouve dans quelques cas qu'une seule plaque malade, et même la moitié d'une, on arrive naturellement à en admettre d'autres où les symptômes typhoïdes peuvent exister sans qu'il y ait aucune lésion intestinale, car évidemment ce n'est pas l'altération de la moitié d'une plaque de *Peyer*, ni même de trois ou quatre, qui donne lieu à des symptômes si graves, et qui peut occasioner la mort. Ce résultat, auquel le raisonnement conduit, se trouve confirmé par d'autres faits qui semblent très-probans. On a trouvé quelquefois sur des cadavres de sujets morts à une époque très-avancée de l'affection, lorsque celle-ci a eu une longue durée, de quarante-cinq à cinquante jours par exemple, des traces de l'affection des glandes de *Peyer ;* les follicules agminés avaient disparu probablement à la suite de la chute des escharres gangréneuses, si fréquentes dans cette maladie ; les endroits qu'elles paraissaient avoir occupés étaient recouverts d'une cicatrice ; en un mot, la lésion intestinale était tout à fait guérie ; seulement dans les points cités les parois intestinales étaient amincies ; et cependant les symptômes avaient persisté avec une intensité telle, que la mort s'en était suivie. Or, peut-on, dans des cas semblables, prétendre que la mort a été la suite de la lésion des plaques elliptiques de l'intestin, et que toute la maladie y résidait ? Cela ne nous paraît nullement probable ; de manière qu'il faut considérer cette lésion, non comme le point de départ de la maladie, mais comme un phénomène secondaire qui peut manquer, quoique très-rarement, et qui, par son extrême fréquence, constitue son caractère anatomique.

Si donc la lésion primitive, quelle qu'elle soit, n'existe pas dans les

glandes de *Peyer*, où existe-t-elle? Quelques médecins pensent que c'est le système nerveux qui est primitivement affecté. L'obscurité qui règne sur les maladies les plus légères de ce système, et l'ensemble de symptômes nerveux qu'on observe dans la fièvre typhoïde, pourraient le faire soupçonner au premier abord ; mais comme dans la grande majorité des cas ce n'est qu'à une époque un peu avancée de la maladie que ces symptômes se montrent, ils semblent ne devoir être considérés dès-lors que comme consécutifs, d'autant plus qu'on les observe dans plusieurs autres affections qui ne sont pas pour cela regardées comme des maladies du système nerveux.

Quoique la chimie n'ait encore rien appris de positif sur l'altération du sang des individus affectés de fièvre typhoïde, nous croyons, avec beaucoup de médecins, que c'est ce liquide qui est primitivement altéré dans cette maladie. Maintenant, en quoi consiste cette altération? C'est ce qui n'a pas encore été découvert, et ce qui sera peut-être toujours inconnu aux médecins. Dépendrait-elle de l'introduction dans l'économie d'un virus spécifique, d'un principe contagieux? A la vérité, la comparaison de cette maladie avec d'autres maladies contagieuses pourrait le faire croire, et on pourrait plus facilement s'expliquer quelques phénomènes : c'est ainsi qu'on comprendrait en quelque sorte la gravité de la maladie dans quelques cas, bien que les lésions anatomiques ne soient pas en rapport avec les symptômes observés pendant la vie ; on comprendrait l'absence de lésions dans d'autres cas ; enfin on comprendrait cet autre phénomène propre aux maladies contagieuses, que l'affection typhoïde n'attaque qu'une fois les mêmes individus. Mais l'observation n'a encore rien appris de satisfaisant sur ce point, et malheureusement il restera peut-être toujours au nombre de ceux que la nature dérobe à notre connaissance.

TRAITEMENT.

Le traitement de la fièvre typhoïde est peut-être plus difficile que celui de toutes les autres maladies. En lisant les ouvrages des divers auteurs qui ont écrit sur cette affection, on trouve que les méthodes thérapeutiques les plus diverses ont de tout temps été employées, et chacune avec un nombre égal de succès et de revers. Ainsi, on n'a pas trouvé de différence dans la mortalité chez les malades traités par les toniques et ceux traités par les débilitans, les évacuans, ou tout autre moyen ; ou, si on en a trouvé, elle a été si légère qu'on n'a pas cru devoir en tenir compte. La diversité des moyens thérapeutiques employés jusqu'à présent montre deux choses : la première, c'est que la prétendue efficacité des divers médicamens doit avoir quelque chose d'équivoque, et l'expérience montre, en effet, qu'il est un certain nombre de cas où la nature fait à elle seule tous les frais de la guérison. Il ne faut pas cependant en conclure que les médicamens n'ont aucune influence sur la marche et la terminaison de la fièvre typhoïde : loin de là; nous verrons bientôt qu'il y en a quelques-uns qui, employés à une époque et avec une mesure convenables, sont suivis de très-bons effets dans la plupart des cas. Cette diversité de moyens thérapeutiques montre encore l'extrême difficulté que l'on a à apprécier l'action des remèdes dans cette maladie, difficulté qui provient surtout de sa durée variable; en effet, dans une affection dont la durée peut se prolonger pendant deux, trois septénaires et plus, et lorsqu'il est par conséquent impossible de dire *à priori* le jour précis où elle se terminera, il est clair qu'il est très-difficile de savoir la part que les remèdes administrés ont eue dans les divers ré-

sultats, puisque ceux-ci ont lieu dans un grand nombre de cas sous l'influence d'aucun moyen thérapeutique.

Cette difficulté dans le traitement d'une maladie si grave, et en même temps si fréquente, a porté la plupart des médecins à employer le traitement dit *rationnel*, c'est-à-dire celui qui est indiqué par les symptômes prédominans. Celui-ci doit être effectivement préféré dans la plupart des cas; car, si dans la forme inflammatoire, par exemple, et ce que nous disons pour une indication particulière doit s'entendre pour toutes, si dans cette forme, disons-nous, il est certain qu'en ne diminuant pas la quantité du sang, et en donnant des excitans et des stimulans de toute espèce, on aggraverait infailliblement la maladie, il est impossible que le traitement contraire n'ait pas une influence favorable sur sa marche, et ne la conduise pas un plus grand nombre de fois vers une terminaison heureuse.

Le phénomène le plus saillant de la fièvre typhoïde étant, dès le début, un mouvement fébrile plus ou moins intense, la première pensée qui doit se présenter naturellement à l'esprit est celle de pratiquer des évacuations sanguines, soit au moyen de la lancette, soit au moyen des sangsues. A moins d'indication particulière, c'est la saignée générale qu'il faut pratiquer; mais il ne faut jamais se guider dans l'emploi de ce moyen seulement par la force du pouls, car l'expérience montre tous les jours qu'après quelque temps, pendant lequel on a observé un mouvement fébrile très-intense, le pouls perd peu à peu de sa force, et la prostration devient de plus en plus prononcée, ainsi que la stupeur; on a vu même des cas dans lesquels ces phénomènes se sont montrés aussitôt après qu'une saignée a été pratiquée; c'est pourquoi il ne faut pas généralement en porter le nombre à plus de deux, et cela seulement dans la première période de la maladie. La quantité de sang que l'on retire doit varier suivant l'état du pouls, l'âge et la constitution du sujet, et les circonstances dans lesquelles il se trouvait avant de tomber malade. On doit favoriser l'action de la saignée par d'autres moyens, dont l'utilité est incontestable : ainsi, on mettra le malade à la diète la plus

sévère, et on lui donnera des boissons délayantes et rafraîchissantes en grande abondance. Parmi les substances que la matière médicale fournit pour cet effet, il faut choisir la solution d'un sirop agréable pour engager les malades à boire plus souvent : celles de sirop de gomme ou de groseilles sont les plus généralement préférées. On peut encore administrer, pour atteindre le même but, les décoctions de riz, d'orge, de chiendent, de graine de lin, de racine de guimauve, etc. La quantité des boissons doit être en général proportionnée à l'intensité du mouvement fébrile et à la soif du malade. En même temps il faut administrer, dès les premiers temps de l'affection, et chaque jour, un plus ou moins grand nombre de lavemens de graine de lin ; ce nombre doit encore être proportionné à celui des évacuations alvines. A ces remèdes internes il faut en joindre à l'extérieur d'autres non moins utiles : ainsi, on couvrira le ventre du malade avec des cataplasmes émolliens ; on le mettra dans un endroit dont la température soit peu élevée, sans être froide, car alors elle peut causer de la toux, qui est très-ordinaire dans cette affection.

Ce traitement doit être continué pendant la première semaine et une partie de la seconde, c'est-à-dire pendant que le mouvement fébrile est très-intense, que la chaleur de la peau est très-élevée, que la face est rouge, en un mot, pendant la période inflammatoire. Plus tard, lorsque ces symptômes commencent à perdre de leur force, que la chaleur diminue, que le pouls devient moins accéléré et plus faible, que l'abattement est considérable, c'est aux toniques qu'il faut avoir recours, à moins que la membrane muqueuse gastro-intestinale n'en contre-indique l'emploi. On a conseillé à cet effet un grand nombre de substances, telles que l'arnica, la serpentaire, l'angélique et quelques autres encore, ainsi que leurs teintures ; mais le quinquina a toujours joui d'une préférence justement méritée sur les premières. On emploie différentes préparations de cette substance ; son extrait est celle dont on s'est généralement servi jusqu'à présent ; il est en effet préférable à la poudre, parce qu'on peut en augmenter la dose à volonté sans qu'il résulte aucun inconvénient du volume introduit

dans l'estomac. On le donne ordinairement à la dose de deux gros pour commencer, et on augmente quelquefois cette dose jusqu'à une once et même deux dans une potion aromatique. Quelques médecins préfèrent à l'extrait de quinquina le sulfate de quinine, parce que les malades le prennent avec moins de dégoût ; celui-ci s'administre à la dose de huit ou dix grains, que l'on augmente progressivement jusqu'à douze, dix-huit et vingt grains, dans une potion aromatique ou gommeuse également ; en même temps on favorise l'action de ces médicamens en donnant pour boisson l'infusion de quinquina édulcorée, ou une limonade vineuse.

Quelle que soit la préparation de quinquina que l'on choisisse, il faut l'administrer avec la plus grande circonspection ; il y a, en effet, des cas dans lesquels les malades présentent, dès les premiers jours, une oppression considérable des forces, plutôt qu'une faiblesse réelle, et alors on doit bien se garder d'administrer les toniques. Lorsqu'ils sont nécessaires, on y joint, dans quelques cas extrêmes et quelquefois avec beaucoup d'avantage, quelques bouillons animaux et un peu de vin généreux, tels que les vins de Madère et de Malaga. Toutes ces substances ne doivent être employées qu'en ayant égard à l'âge, au sexe, à l'état des malades en particulier et à leurs habitudes ; ainsi, il est clair que souvent la quantité de vin qui produira un effet favorable chez une femme ou un homme qui n'a pas l'habitude de boire avec excès, ne suffira pas pour celui qui en boit ordinairement avec excès. A cette même époque de la maladie, si la diarrhée continue à être très-abondante, et si les malades se trouvent dans les conditions propres à l'administration des toniques, quelques praticiens conseillent de leur faire prendre des lavemens légèrement toniques d'infusion de quinquina, par exemple ; et si le dévoiement persiste, de recourir au simarouba, substance jouissant à un haut degré de la propriété tonique et astringente. Outre ces moyens de traitement, il faut, dans cette maladie plus que dans aucune autre, entretenir autour des malades la plus grande propreté, pour les garantir, autant que possible, des conséquences funestes du contact prolongé des matières fé-

cales avec la peau ; et, à cet effet, on les changera souvent de position, surtout lorsqu'ils ont des évacuations involontaires, pour que le poids de leur corps ne porte pas exclusivement sur une partie, ce qui en favoriserait beaucoup l'ulcération, et même la gangrène.

Tel est le traitement le plus simple, celui qui doit être préféré à tous les autres, dans les cas où la maladie suit une marche régulière, et où il n'y a pas de symptômes prédominans qui exigent des moyens particuliers. Comme le traitement général varie suivant l'époque de la maladie, de même les moyens réclamés par les symptômes prédominans au début de l'affection ne sont pas ceux que l'on doit employer à une époque plus avancée. Le délire est dans ce cas; il est quelquefois assez fort pour inspirer des craintes au médecin. Mais il faut se rappeler que ce symptôme est peut-être celui qu'on peut expliquer le moins souvent par l'état apparent du cerveau, de manière qu'il semble être presque toujours sous la dépendance de l'affection principale, et qu'il ne mérite pas de traitement spécial ; cependant il est des cas où il est accompagné d'une congestion sanguine évidente vers la tête, ce que l'on voit sur la figure du malade, qui est rouge et animée; et, alors, surtout si ces phénomènes se montrent dans les premiers jours de l'affection, on peut avoir recours soit à une saignée générale, soit à l'application de sangsues au cou ou derrière les oreilles. On conseille, si c'est à une époque plus avancée de la maladie, les révulsifs, non-seulement pour le délire, mais pour d'autres symptômes nerveux, tels que le coma, la céphalalgie : les principaux sont les vésicatoires aux jambes et aux cuisses, et les sinapismes ; mais il faut toujours les employer avec la plus grande circonspection, ne pas les laisser trop long-temps appliqués sur la même partie, parce que les plaies qui en résultent ont une grande tendance à s'ulcérer, et même à se couvrir d'escharres gangréneuses. Les sinapismes ne doivent pas rester plus de dix minutes, dès qu'ils ont commencé à agir, ou un quart d'heure au plus ; et les vésicatoires doivent être pansés aussitôt la vésication faite, et jamais

on ne doit les laisser à demeure. L'opium, le musc, le camphre, le castoréum, qui ont été employés pendant quelque temps pour combattre ces symptômes, doivent être proscrits dans tous les cas; l'expérience montre, en effet, que non-seulement ils ne produisent pas l'effet désiré, mais qu'ils donnent souvent lieu, surtout les trois derniers, à l'augmentation de la chaleur de la peau et de la sécheresse de la langue; et l'opium augmente la céphalalgie et l'assoupissement.

Le météorisme devient quelquefois assez considérable pour gêner l'action des organes contenus dans l'abdomen et dans la poitrine; mais, jusqu'à présent, on n'a pas trouvé de moyen bien efficace contre lui. Il survient souvent dans cette maladie, comme nous avons dit, des inflammations dans divers organes, des gastrites, des pneumonies, des érysipèles; mais ici il n'y a rien à ajouter au traitement commencé; seulement, s'il n'a été pratiqué au commencement qu'une saignée, et à plus forte raison s'il n'en a point été pratiqué, et si les forces du malade ne sont pas beaucoup diminuées, on pourrait en pratiquer une autre. La toux devient quelquefois très-fatigante, sans qu'il y ait inflammation du parenchyme pulmonaire; on peut alors ajouter aux boissons du malade une potion gommeuse, qui suffit dans la plupart des cas pour la modérer.

Quelques médecins, supposant que cette maladie consistait dans une diminution de la quantité de l'acide carbonique du sang, ont eu l'idée d'introduire cet acide dans l'économie; mais ces essais furent répétés en Angleterre et à Paris, il y a quelque temps, au moyen de l'eau de Seltz, sans être suivis de succès bien marqués.

Un traitement qui mérite de fixer l'attention des médecins à cause des succès dont il a été couronné jusqu'à présent, c'est celui par les chlorures. M. le professeur *Chomel*, qui a commencé le premier ces essais à Paris en 1831, n'a eu jusqu'à présent qu'à s'en féliciter, quoique le nombre des malades traités de cette manière ne soit pas encore suffisant pour établir d'une manière certaine l'efficacité de ces agens thérapeutiques dans cette affection. Ainsi, depuis 1831, trente-quatre malades qui se trouvaient dans les conditions les plus favo-

rables pour essayer une méthode thérapeutique quelconque, ont été soumis à ce traitement; de ces trente-quatre malades, quatre seulement sont morts, et encore chez l'un d'eux on a trouvé à l'ouverture du cadavre, outre la lésion des glandes de *Peyer*, un grand nombre de tubercules dans un des poumons, lesquels avaient donné lieu à une inflammation assez intense du parenchyme pulmonaire environnant, ce qui avait beaucoup ajouté à la gravité de la maladie, et avait sans doute contribué à ce qu'elle se terminât d'une manière funeste. Outre ces quatre malades, il en est mort un autre, mais lorsqu'il était déjà en pleine convalescence, et d'une affection tout à fait différente; c'était le choléra-morbus qui régnait alors épidémiquement. De manière que, d'après ce nombre, la mortalité dans cette affection se trouverait être d'un sur huit et demi, tandis qu'elle était auparavant d'un sur quatre, résultat qui serait très-avantageux si cette proportion se soutenait sur un nombre très-considérable de malades traités par cette méthode.

Ce traitement consiste à environner le malade d'une atmosphère de chlore, à introduire cette substance dans l'économie par toutes les voies imaginables : ainsi, on administre les chlorures à l'intérieur, en boisson, à la dose d'un grain pour une once de liquide; on en donne, suivant la soif du malade, trois à quatre pots d'hôpital, qui contiennent chacun environ seize à dix-huit onces de liquide; le véhicule ordinaire du chlorure, c'est la solution de sirop de gomme, ou la décoction de riz, seule ou toutes deux en même temps. Lorsque l'odeur et le goût du chlore répugnent aux malades, on peut aromatiser la tisane avec de l'eau distillée de fleurs d'oranger, avec une légère infusion de tilleul, ou autre substance aromatique analogue. On donne encore les chlorures en lavement au nombre de deux ou trois par jour, suivant l'intensité de la diarrhée. A l'extérieur, on les administre en bains; le malade en prend un par jour, dans lequel on fait dissoudre une bouteille environ de la liqueur de *Labarraque*. On en fait aussi des fomentations, et à cet effet on arrose les cataplasmes destinés à être placés sur le ventre avec ladite liqueur. Des lotions sur

le corps avec de l'eau chlorurée sont répétées trois à quatre fois dans la journée, et enfin on l'administre sous forme de fumigations, en plaçant sous le lit du malade ou à côté un vase contenant du chlorure, afin que le chlore qui s'en dégage parvienne à l'intérieur du corps par l'intermédiaire de l'air que le malade respire, et qui en est plus ou moins chargé.

Encore une fois, le nombre d'essais faits avec ce remède, quoique assez grand déjà, n'est cependant pas suffisant pour qu'on le regarde déjà comme un médicament héroïque; mais les succès obtenus jusqu'à présent sont de nature à appeler toute l'attention des praticiens, et à les engager à en constater la vertu au moyen d'un grand nombre de faits, puisque c'est la manière la plus sûre d'apprécier l'action des médicamens. Si la proportion des morts n'augmente pas, lorsqu'on aura ainsi traité quelques centaines de malades, ce sera un service de plus à ajouter au nombre de ceux que l'art de guérir rend tous les jours à l'humanité.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

In morbis acutis rarò, et per initia, medicamentis purgantibus utendum, idque diligenti antè adhibitâ circumspectione faciendum.

II.

Lassitudines sponte obortæ morbos prænuntiant.

III.

Attenuata longo temporis intervallo corpora lentè reficere oportet; quæ verò brevi, celeriter.

IV.

Quibus per febres ad dentes glutinosus humor obnascitur, iis vehementiores fiunt febres.

V.

Convulsio quæ in vulnus incidit, lethalis.

VI.

Tabe detento succedens alvi profluvium, lethale.